

**TESIS**

**PERAN KOMUNIKASI MELALUI PENYULUHAN  
TERHADAP PENGETAHUAN DAN KEMAMPUAN MASYARAKAT  
DALAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS  
DI KABUPATEN TAKALAR**

*THE ROLE OF COMMUNICATION THROUGH COUNSELLING OF  
KNOWLEDGE AND COMMUNITY ABILITY IN TUBERCULOSIS  
PREVENTION IN TAKALAR REGENCY*

**RAHMAWATI**

**P. 180 520 6562**



**MAGISTER PROMOSI KESEHATAN  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2008**

## LEMBAR PENGESAHAN

## **PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : RAHMAWATI

Nomor Mahasiswa : P. 180 5206562

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 28 Juli 2008

Yang Menyatakan

RAHMAWATI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Allah Swt atas segala rahmat, petunjuk dan Hidayah-Nya sehingga tesis ini dapat penulis selesaikan tepat pada waktunya dengan baik.

Selanjutnya pada kesempatan ini penulis ucapkan terima kasih kepada Bapak Dr. dr. Muhammad Syafar, MS selaku pembimbing I dan Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk dan bimbingan serta saran-saran dalam menyelesaikan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Magister Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan.

Terima kasih yang tak terhingga pula penulis sampaikan kepada Bapak Prof. Dr. dr. Abd. Razak Thaha, M.Sc selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, MS selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan terkhusus buat Bapak Dr. dr. Muhammad Syafar, MS selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan yang telah memberikan kemudahan dalam proses penyelesaian tesis ini.

Terima kasih yang setulus-tulusnya juga penulis haturkan kepada ayahanda dan ibunda serta kedua mertua tercinta yang turut memanjatkan doa guna penyelesaian tesis ini. Permohonan maaf dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada suami tercinta Drs. Hambali serta anak-anakku Rahmat Haryadi dan Rahmi Januarti atas segala pengertian dan pengorbanan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan. Semoga pengalaman ini dapat dijadikan pemacu semangat untuk anak-anakku kelak.

Akhirnya bahwa tesis ini tidak mungkin dapat diselesaikan dengan baik tanpa bantuan pemikiran, kritik, saran serta kerjasama yang baik dari teman-teman seperjuangan pada Magister Promosi Kesehatan dan semua pihak yang telah membantu penulis menyelesaikan studi ini. Semoga amal baik yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan setimpal dari Allah Subhanahu Wata'ala, Amin.

Makassar, Juli 2008

Penulis

## ABSTRAK

**RAHMAWATI.** *Peran Komunikasi Melalui Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Masyarakat dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Takalar* (Dibimbing oleh Muhammad Syafar dan Ridwan M. Thaha)

Penelitian ini bertujuan mengetahui peran komunikasi dalam penyuluhan tentang penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten Takalar.

Penelitian ini bersifat kualitatif dengan pendekatan fenomena. Sampel dipilih dengan teknik purposif sebanyak 16 orang yang terdiri atas petugas Puskesmas, tokoh masyarakat, tokoh adat, dan tokoh agama. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi partisipatif dan wawancara. Data dianalisis secara deskriptif .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi dalam penyuluhan berperan terhadap pengetahuan masyarakat tentang penanggulangan penyakit tuberkulosis di Kabupaten Takalar. Petugas kesehatan sebagai sumber pesan, memanfaatkan media brosur dan *leaflet* serta isi pesan menyangkut gejala dan cara penanggulangan penyakit tuberkulosis. Sebaliknya, komunikasi belum berperan terhadap pengetahuan masyarakat tentang cara pencegahan penyakit tuberkulosis. Komunikasi dalam penyuluhan berperan terhadap kemampuan masyarakat tentang penanggulangan penyakit tuberkulosis di Kabupaten Takalar. Masyarakat mampu mengkomunikasikan cara penanggulangan tuberkulosis. Namun, kemampuan tersebut masih dalam tingkat publik atau partisipan dan belum terlibat sebagai pelaku dalam merencanakan dan menyusun strategi pelaksanaan program penyuluhan.

Kata kunci : komunikasi, penyuluhan, tuberkulosis

## **ABSTRACT**

**RAHMAWATI.** *The Role of Communication through Counselling of Knowledge and Community Ability in Tuberculosis Prevention in Takalar Regency* (Supervised by Muhammad Syafar and Ridwan M. Thaha)

The aim of the study was obtain a profound description about the role of communication in counselling in the prevention of tuberculosis.

The study was qualitative using phenomenal approach. The number of informants was 16 people selected by purposive sampling. They were divided into three groups: key informants, specialist informants consisted of health workers, and incidental informants, consisted of community leaders, adat leaders, and religious leaders.

The results of the study indicate that communication in counselling has a role in preventing tuberculosis. Health workers as the source of messages use brochures and leaflets as sources of materials concerning symptom and way to prevent the disease. Communication does not play a role in the knowledge of community concerning the prevention of the disease, but it has a role in the ability of the community of how to prevent the disease. The community is able to communicate the prevention of the disease but it is still in participation level but not involve in planning and preparing the strategy of the counselling implementation program.

Key words: communication, counselling, tuberculosis

## DAFTAR ISI

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Promosi Kesehatan .....	6
B. Pengetahuan Dan Kemampuan .....	12
C. Komunikasi Kesehatan .....	15
D. Tingkat Komunikasi .....	19
E. Komponen Proses Komunikasi .....	21
F. Tinjauan Umum Tuberkulosis (Tb) .....	29
G. Penyuluhan Tb .....	38
H. Kerangka Konsep .....	44
I. Definisi Konsep .....	46

### BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian .....	48
B. Lokasi Penelitian .....	48
C. Informan .....	48
D. Metode Pengumpulan Data .....	50
E. Keabsahan Data .....	51
F. Analisis dan Penyajian Data .....	53

### BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian .....	54
B. Karakteristik informan .....	55

C. Hasil Penelitian .....	56
1. Sumber pesan tentang Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis di Takalar .....	56
2. Isi pesan dalam Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis di Takalar .....	58
3. Media dalam dalam Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis di Takalar .....	60
4. Lingkungan dalam penyuluhan terhadap pengetahuan dan kemampuan masyarakat .....	63
5. Kegiatan Penyuluhan Penanggulangan Tuberkulosis ..	65
6. Pengetahuan Masyarakat Tentang Penanggulangan Tuberkulosis .....	66
7. Kemampuan masyarakat Dalam Penanggulangan Tuberkulosis .....	73
D. Pembahasan Hasil Penelitian .....	76
1. Peran Komunikasi dalam Penyuluhan terhadap Pengetahuan Masyarakat akan penanggulangan Penyakit Tuberkulosis di Kabupaten Takalar .....	76
2. Peran Komunikasi dalam Penyuluhan terhadap Kemampuan Masyarakat Akan Penanggulangan Penyakit Tuberkulosis di Kabupaten Takalar .....	78

## BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan .....	81
B. Saran .....	81

## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Hubungan Variabel dan Informasi dengan Informan .....	50
2. Metode Pengumpulan Data dari Tiap Informan .....	51

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Model Analisis Dasar Komunikasi (Aristoteles) .....	26
2. Model Analisis Dasar Komunikasi (Formula Lasswell, 1948) ....	26
3. Model Proses Komunikasi (Osgood & Schram, 1954).....	27
4. Model Proses Komunikasi (Philip Kotler) .....	27
5. Model Komunikasi Partisipasi .....	28
6. Kerangka konsep .....	46

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Pedoman wawancara dengan masyarakat
2. Pedoman wawancara dengan petugas kesehatan
3. Pedoman wawancara dengan petugas kesehatan dan tokoh masyarakat
4. Karakteristik Informan
5. Matriks hasil wawancara
6. Dokumentasi Kegiatan Penelitian

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* merupakan suatu masalah kesehatan baik di tingkat dunia maupun di Indonesia. Penyakit ini diperkirakan telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia, 95% penderita tinggal di negara berkembang. Penyakit tuberkulosis paru penyebab sekitar 25% dari seluruh kematian di dunia, dan 80% kematian tersebut berasal dari kelompok usia produktif yang menopang perekonomian keluarga. (Prasudi dan Utarini, 2005).

Di Indonesia, tuberkulosis merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit kardiovaskuler dan penyebab utama kematian dari seluruh penyakit infeksi menular. (WHO, 2001 dalam Widjanarko, dkk, 2006). Pada tahun 2004, WHO mencatat total pasien Tuberculosis di Indonesia lebih dari 600.000 orang. Diperkirakan prevalensi kasus Tuberculosis nasional 119 per 100.000 penduduk. Prevalensi di Sumatera 182 per 100.000 penduduk, di Pulau Jawa dan Bali 67 per 100.000 penduduk dan di kawasan Timur Indonesia 215 per 100.000 penduduk. (Humaniora, 25 Maret 2006)

Penanggulangan penyakit Tuberkulosis di Indonesia sudah berlangsung sejak lama. Sejak tahun 1969, penanggulangan penyakit Tuberculosis dilakukan secara nasional melalui puskesmas dengan

penyediaan obat secara gratis. Program ini dinilai kurang berhasil akibat kurangnya kesadaran pasien untuk melakukan pengobatan secara teratur. Sedang pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap diduga dapat menimbulkan kekebalan ganda kuman Tuberculosis terhadap obat anti Tuberculosis.

Sejak tahun 1995, pemerintah mengadopsi strategi DOTS (Directly Observed Treatment, Shortcourse) dari WHO untuk menanggulangi penyakit Tuberculosis. Strategi ini terdiri atas lima komponen yaitu :

1. Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana.
2. Diagnosis Tuberculosis dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis.
3. Kesiambungan persediaan Obat Anti Tuberculosis (OAT) jangka pendek untuk penderita.
4. Pengobatan dengan paun Obat Anti Tuberculosis jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO)
5. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program Tuberculosis

Penerapan strategi DOTS belum menunjukkan keberhasilan, dimana 1995 – 1998 cakupan penderita Tuberculosis dengan strategi DOTS baru mencapai sekitar 10% dan error rate pemeriksaan laboratorium belum dihitung dengan baik meskipun cure rate lebih besar dari 85% penderita berobat ke puskesmas, melainkan juga ketempat

pelayanan kesehatan lain seperti BP4, rumah sakit atau dokter praktek swasta. Selain itu, penerapan strategi DOTS memanfaatkan puskesmas sebagai ujung tombak, sehingga data cakupan pelayanan masih minim.

Keberhasilan penanggulangan penyakit Tuberkulosis tidak hanya ditentukan oleh cakupan program pemerintah, tetapi juga harus didukung oleh kesadaran penderita dan masyarakat sekitar. Faktor pengetahuan, sikap dan praktek mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat dan berperan penting dalam menentukan keberhasilan suatu program pencegahan, pengobatan dan pemberantasan suatu penyakit Tuberculosis paru (Roestam, 2000 dalam Wijanarko, dkk, 2006).

Selanjutnya hasil penelitian Tahitu dan Amiruddin (2006) mengungkapkan bahwa faktor resiko kegagalan konversi penderita TB Paru sebagian besar dipengaruhi oleh kepatuhan minum obat dan pengawasan PMO. Dengan demikian, maka strategi penanggulangan Tuberculosis hendaknya juga dilengkapi dengan upaya peningkatan keterlibatan masyarakat.

Dalam upaya penanggulangan Tuberculosis di seluruh Indonesia, peran promosi kesehatan harus ditingkatkan. Penyuluhan tentang penanggulangan penyakit Tuberculosis diharapkan mampu mengubah sifat masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Penyuluhan tersebut akan tercapai secara optimal jika petugas kesehatan mampu berkomunikasi dengan baik yaitu berbicara atau menyajikan dengan jelas tentang pesan

penanggulangan penyakit Tuberculosis, mendengarkan dan memberikan perhatian kepada penderita atau keluarga penderita serta mampu berdiskusi dengan masyarakat.

Di Kabupaten Takalar, angka kesakitan Tuberculosis lebih tinggi dari angka perkiraan nasional. Secara kasar, diperkirakan setiap 100.000 penduduk terdapat 130 penderita baru Tb paru dengan BTA positif. Prevalensi Tb paru di Kabupaten Takalar tahun 2006 dilaporkan jumlah penderita Tb paru dengan BTA positif 514 penderita. Hasil pencapaian program di Kabupaten Takalar tahun 2006 yaitu 5.140 kasus suspek terdapat 463 kasus baru BTA positif, 1 kasus kambuh, 50 kasus bari BTA negatif, hasil roentgen positif. Dengan fenomena yang diuraikan di atas, maka peneliti akan mengkaji secara detail tentang “Peran Komunikasi dalam Penyuluhan Tb terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Masyarakat dalam Penanggulangan Tb Di Kabupaten Takalar”.

## **B. Rumusan Masalah**

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana peran komunikasi dalam penyuluhan terhadap pengetahuan masyarakat akan penanggulangan penyakit Tuberculosis di Kabupaten Takalar.
2. Bagaimana peran komunikasi dalam penyuluhan terhadap kemampuan masyarakat akan penanggulangan penyakit Tuberculosis di Kabupaten Takalar.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

“Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang peran komunikasi dalam penyuluhan terhadap penanggulangan Tb di Kabupaten Takalar”

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendapatkan gambaran tentang peran komunikasi dalam penyuluhan terhadap pengetahuan masyarakat akan penanggulangan penyakit Tuberculosis di Kabupaten Takalar.
- b. Mendapatkan gambaran tentang peran komunikasi dalam penyuluhan terhadap kemampuan masyarakat akan penanggulangan penyakit Tuberculosis di Kabupaten Takalar.

### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai :

1. Referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan upaya promosi kesehatan terhadap penanggulangan penyakit Tuberculosis di Kabupaten Takalar.
2. Sumber informasi bagi pemerintah Kabupaten Takalar dalam meningkatkan keberhasilan penanggulangan penyakit Tuberculosis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Promosi Kesehatan**

Program promosi kesehatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengubah perilaku individu dan masyarakat sehingga mereka berupaya meningkatkan derajat kesehatan serta memperjuangkan pemerataan kesehatan. Program ini tidak hanya sekedar memberikan pengetahuan pada masyarakat tentang hidup sehat tetapi juga mendorong pemberdayaan masyarakat. Dengan program ini, maka masyarakat dijadikan sebagai pelaku utama dalam pencapaian kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Thaha (2006) menguraikan bahwa Promosi kesehatan terdiri atas tiga level yaitu :

1. Promosi kesehatan primer adalah kegiatan yang mengacu pada penurunan faktor resiko kesehatan.
2. Promosi kesehatan sekunder adalah kegiatan yang mengacu pada aktivitas yang meningkatkan mutu hidup masyarakat.
3. Promosi kesehatan tersier adalah aktivitas yang mengakibatkan perubahan sosial yang lebih berguna bagi kesehatan.

Dengan kompleksitas tujuan dari program promosi kesehatan, maka kegiatan ini melibatkan berbagai ahli/professional. Naidoo dan Wills (2000) menguraikan bahwa professional yang dapat dilibatkan dalam program kesehatan adalah guru, perawat, kepala bagian atau manajer

dalam suatu unit kerja, tenaga kesejahteraan sosial. Dengan keterlibatan berbagai pihak, maka kegiatan pengetahuan masyarakat (*health education*) dan pemberdayaan masyarakat dapat dijalankan secara terpadu dan menyeluruh.

Selain memanfaatkan berbagai tenaga profesional, kegiatan promosi kesehatan juga mencakup lima macam pendekatan (Naidoo dan Wills : 2000) yaitu *medical or preventive* (penyembuhan atau pencegahan), *behaviour change* (perubahan perilaku), *educational* (pendidikan), *empowerment* (pemberdayaan) dan *social change* (perubahan sosial).

Pendekatan medis berupa kegiatan intervensi medis untuk mencegah terjadinya sakit dan kematian *premature*. Kegiatan pencegahan penyakit umumnya diwujudkan dalam bentuk imunisasi. Contoh pendekatan ini diungkapkan dalam tujuan pembangunan kesehatan yaitu :

1. Meningkatnya cakupan imunisasi.
2. Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit malaria, demam berdarah, tuberculosis paru, diare dan HIV/AIDS.
3. Menurunnya prevalensi kurang gizi pada balita.

Perubahan perilaku bertujuan meningkatkan perilaku hidup sehat pada masyarakat. Perilaku masyarakat sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial dan lingkungannya seperti kemiskinan. Pendekatan ini dirumuskan dalam tujuan pembangunan kesehatan sebagai : meningkatnya proporsi keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat.

Pendekatan pendidikan adalah program yang bertujuan untuk memberikan informasi dan pengetahuan pada masyarakat serta meningkatkan keterampilan masyarakat sehingga masyarakat dapat menjalankan perilaku hidup sehat. Pendekatan ini mencakup tiga aspek yaitu aspek kognitif, afektif dan behavioural.

Pendekatan pemberdayaan mengandung arti bahwa pemerintah menyediakan program yang meningkatkan kesadaran dan perhatian masyarakat terhadap masalah kesehatan. Kegiatan ini bertujuan melibatkan masyarakat dalam seluruh pembangunan kesehatan.

*Social change* (perubahan sosial) bertujuan untuk mempengaruhi lingkungan dan penentu kebijakan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk menghasilkan aturan atau kebijakan yang dapat meningkatkan pola hidup sehat seperti lahirnya peraturan larangan merokok di tempat umum, batasan terhadap iklan rokok, dll.

Dalam program promosi kesehatan dikenal berbagai indikator yang dijadikan sebagai sasaran program yaitu :

- Indikator sehat biasanya ditandai dengan tingkat kesehatan masyarakat seperti tinggi badan, berat badan dan kondisi kesehatan gigi.
- Indikator perilaku sehat ditandai dengan jumlah perokok, pecandu alkohol, obat terlarang serta jumlah keluarga yang terlibat dalam program keluarga berencana.

- Indikator lingkungan biasanya ditandai dengan kualitas air, tanah dan udara serta kondisi permukiman.
- Indikator sosial ekonomi ditandai dengan tingkat harapan hidup, tingkat pendidikan dan penghasilan.

Sebagai bagian dari program kesehatan di Indonesia, maka visi promosi kesehatan adalah "Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya". Dari visi tersebut terdapat empat kata kunci yaitu : mau (willingness), mampu (ability), memelihara kesehatan dan meningkatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan keinginan dan kemauan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Dengan kemauan tersebut, diharapkan masyarakat mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan kesehatan dan mencari pertolongan pengobatan yang profesional bila sakit. Selain itu masyarakat diharapkan mampu untuk meningkatkan kesehatannya karena derajat kesehatan baik individual, kelompok atau masyarakat bersifat dinamis dan tidak statis.

Untuk mencapai hidup sehat, maka manusia menempuh berbagai cara berdasarkan pola pikir yang berwujud dalam konsep, teori dan aplikasi yang berbeda. Pola perbuatan manusia secara umum terbagi atas dua bagian utama yaitu kegiatan kelompok yang berusaha kembali hidup sehat disaat mereka sedang menderita penyakit seraya mengandalkan

obat pengobatan dan kegiatan kelompok yang berusaha kembali hidup sehat seraya mengandalkan upaya pencegahan. (Ngatimin, 2005).

Guna mencapai tujuan promosi kesehatan secara efektif dan efisien diperlukan cara dan pendekatan yang strategis. Berdasarkan WHO dalam Notoatmodjo (2005) bahwa strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari tiga hal yaitu : advokasi, dukungan sosial, dan pemberdayaan masyarakat.

Faktor-faktor yang terkait dengan pendekatan upaya promotif sebagai berikut : (Ngatimin, 2005), *Pertama*, faktor perilaku kesehatan adalah selalu menekankan adanya keseimbangan antara agent – host – environment dengan berdasarkan pada dua konsep yaitu konsep dasar hidup sehat melalui teknologi hulu dan hilir. Kesehatan hilir dapat membantu menerangkan dan mengamalkan motto “mencegah penyakit jauh lebih baik dari pada mengobatinya”.

Dan kesehatan hulu adalah bentuk pengalaman dari pencegahan dan perlindungan diri dari penyakit. *Kedua*, faktor pelabelan adalah terbentuknya pelabelan pada seseorang tentang kesehatan sehingga menjadi lebih baik dalam pencegahan dan pengobatan penyakit sehingga upaya-upaya pengalaman promosi kesehatan lebih diarahkan pada kelompok masyarakat yang tingkat pelabelannya lebih rendah dengan tidak mengabaikan masyarakat yang tingkat pelabelannya lebih tinggi.

Faktor sosial budaya adalah suatu bentuk pengalaman perilaku hidup sehat dalam keluarga yang merupakan cerminan tatalaksana hidup

sehat dan tidak sehat. Upaya kesehatan dengan arah sosial budaya diperlukan pengalaman upaya-upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Bila hidup sehat merupakan tujuan maka dengan konsekwensi melalui perubahan pengalaman perilaku kesehatan. Sehingga motto kesadaran bahwa bila jatuh sakit selalu ada resiko derita ketidakmampuan (disability), cacat dan bahkan ancaman kematian.

Disability Oriented Approach (DOA) adalah suatu alat yang diolah berdasarkan konsep epidemiologi yang diaplikasikan sesuai dengan konsep promosi kesehatan guna terciptanya hidup sehat dalam masyarakat, diharapkan membawa setiap warga masyarakat untuk mudah memahami arti hidup sehat melalui pengertian timbulnya penyakit serta derita akibat disability. (Ngatimin, 2005).

Konsep ini merupakan inovasi untuk mensosialisasikan cara hidup sehat pada masyarakat. Kemampuan petugas untuk berkomunikasi dengan masyarakat merupakan suatu alat pendorong keberhasilan diterimanya konsep ini di masyarakat. Ngatimin (2005) mengungkapkan bahwa : “pemahaman tentang DOA pada masyarakat merupakan kegiatan “sadar sehat” dan memberi dampak pada kehidupan masyarakat.” Adapun dampak tersebut adalah sebagai berikut :

1. Memudahkan warga masyarakat meningkatkan pemahaman mereka tentang sehat, beralih dari posisi subyektif dan membawa mereka menyadari bahwa umumnya penyakit yang dapat dicegah, diobati dan disembuhkan;

2. Menyederhanakan pengertian tentang hidup sehat seraya mengemukakan keutamaan upaya pencegahan dari pada upaya pengobatan;
3. Meningkatkan kesadaran hidup sehat untuk memanfaatkan secara tepat upaya kuratif dan rehabilitatif setela upaya promotif dan preventif gagal melindungi dari serangan penyakit, dan mengandalkan pengalaman DOA secara tepat merupakan upaya positif menjauhi ketergantungan dan penyalahgunaan obat serta hal-hal lain yang merugikan kesehatan.

## **B. Pengetahuan dan Kemampuan**

Perilaku seseorang terhadap kesehatannya merupakan hasil dari pemahaman dan aktivitasnya. Pemahaman dan aktivitas seseorang ditunjukkan dengan pengetahuan dan kemampuan yang dimilikinya. Dalam Pengetahuan dan kemampuan terkait dengan kompetensi seseorang. Mulyasa (2003) mengungkapkan bahwa “variabel yang terkandung dalam konsep kompetensi adalah : pengetahuan (*knowledge*), pemahaman (*understanding*), kemampuan (*abilities*), nilai (*value*), sikap (*attitude*) dan minat (*interest*).”

Pengetahuan (*knowledge*) yaitu kesadaran dalam bidang kognitif, misalnya seorang mengetahui metode penyelesaian tugas dengan baik. Pemahaman (*understanding*) yaitu kedalaman kognitif, dan afektif yang dimiliki oleh individu, misalnya seseorang memahami dan menyadari akan peran yang harus dijalankannya. Kemampuan (*abilities*) adalah sesuatu

yang dimiliki oleh individu untuk melakukan tugas pekerjaan yang dibebankan kepadanya, misalnya masyarakat mampu untuk melakukan komunikasi atau penyuluhan kepada orang lain.

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam enam tingkat pengetahuan yakni tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*).

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang sudah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Memahami sesuatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain. Sedangkan analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau mensahkan,

kemudian menjalin hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

Kemampuan (*abilities*) merupakan sesuatu yang dimiliki oleh individu untuk melakukan tugas. (Mulyasa:2003). Kemampuan dalam hal ini mencakup minat dan sikap individu. Tanpa kedua hal tersebut, seseorang tidak akan mampu menunjukkan hasil kerja yang baik, walaupun pengetahuan dan keterampilan telah dimilikinya.

Dengan adanya minat dan sikap seseorang maka terbentuklah praktek. Sebagaimana ungkapan Notoatmodjo (2005) bahwa : “Praktek merupakan wujud dari sikap karena adanya fasilitas sarana dan prasarana”. Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya yaitu :

- a. Praktek terpimpin atau (*guided response*) adalah tindakan subjek atau seseorang dalam melakukan sesuatu tapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.
- b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*) adalah tindakan subjek atau seseorang dalam mempraktekkan sesuatu hal secara otomatis .

- c. Adopsi (*adoption*) adalah suatu tindakan atau praktek yang sudah berkembang artinya apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku berkualitas.

### **C. Komunikasi Kesehatan**

Komunikasi berasal dari perkataan latin *Communis* yang artinya membuat kebersamaan atau membangun kebersamaan antara dua orang atau lebih. Komunikasi juga berasal dari akar kata dalam bahasa latin *Communico* yang artinya membagi (Cherry dalam Stuart, 1983), sedangkan pengertian komunikasi oleh kelompok sarjana komunikasi yang mengkhususkan diri pada studi komunikasi antarmanusia (*human communication*) dalam Cangara bahwa komunikasi adalah suatu transaksi, proses simbolik yang menghendaki orang-orang mengatur lingkungannya dengan (1) membangun hubungan antar sesama manusia; (2) melalui pertukaran informasi; (3) Untuk menguatkan sikap dan tingkah laku orang lain, serta (4) berusaha mengubah sikap dan tingkah laku itu.

Adapun unsur-unsur komunikasi dalam Cangara (2006), adalah : sumber, pesan, media, penerima, pengaruh, tanggapan balik dan lingkungan.

Semua peristiwa komunikasi akan melibatkan sumber sebagai pembuat atau pengirim informasi. Dalam komunikasi antara manusia, sumber bisa terdiri dari satu orang atau lebih, tetapi juga bisa dari sekelompok orang misalnya partai, organisasi atau lembaga. Sumber

biasa disebut pengirim, komunikator, source, sender atau encoder. (Ria Utami, 1998) menguraikan bahwa sumber pesan yaitu seseorang yang mempunyai inisiatif menyampaikan pesan kepada orang lain di mana pesan disampaikan secara verbal maupun nonverbal. Pengirim pesan akan menyampaikan stimulus berupa ide ke dalam bentuk yang dapat diterima oleh orang lain atau penerima pesan secara tepat).

Pesan yang dimaksud dalam proses komunikasi adalah sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima. Pesan dapat disampaikan dengan cara tatapmuka, atau melalui media komunikasi. Isinya bisa berupa ilmu pengetahuan, hiburan, informasi, nasihat atau propaganda. Pesan yang efektif adalah jelas dan terorganisir yang diekspresikan oleh si pengirim pesan. Pengembangan pesan sangat penting karena pesan merupakan inti dari keseluruhan program untuk itu isi, struktur dan daya tarik pesan yang akan disampaikan harus diolah terlebih dahulu, dirancang dan dikemas semenarik mungkin sehingga pesan tersebut akan mudah diterima dan dimengerti oleh sasaran. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Schram dalam Cangara (2006) :

- a. Pesan harus dirancang dan disampaikan sedemikian rupa sehingga dapat menarik perhatian masyarakat.
- b. Pesan harus membangkitkan kebutuhan pribadi masyarakat (*receiver*) dan menyarankan beberapa cara untuk memperoleh kebutuhan tersebut.

- c. Pesan harus mengemukakan lambang-lambang yang tertuju kepada pengalaman yang sama antara komunikan dengan komunikator sehingga sama-sama mengerti.
- d. Pesan harus menyarankan suatu pola untuk memperoleh kebutuhan yang layak bagi situasi kelompok dimana masyarakat berada pada saat dia digerakkan untuk memberikan umpan balik yang dikehendaki.

Media yang dimaksud disini adalah alat yang digunakan untuk memindahkan pesan dari sumber kepada penerima. Terdapat beberapa pendapat mengenai saluran atau media. Ada yang berpendapat bahwa media bisa bermacam-macam bentuknya misalnya dalam komunikasi antara pribadi panca indra dianggap sebagai media komunikasi.

Selain indra manusia ada juga saluran komunikasi seperti telepon, surat, telegram yang digolongkan sebagai media komunikasi antar pribadi. Dalam komunikasi massa media adalah alat yang dapat menghubungkan antar sumber dan penerima yang sifatnya terbuka, dimana setiap orang dapat melihat, membaca dan mendengarnya. Media dalam komunikasi massa dapat dibedakan atas dua macam, yakni media cetak dan media elektronik. Media cetak seperti halnya surat kabar, majalah, buku, leaflet, brosur, stiker, bulletin, handout, poster, spanduk dan sebagainya. Sementara media elektronik antara lain radio, film, televisi, *video recording*, komputer, *elektronik board*, *audio cassette* dan sebagainya. Selain media tersebut diatas kegiatan dan tempat-tempat tertentu yang banyak ditemui dalam masyarakat pedesaan, bisa juga dipandang

sebagai media komunikasi sosial, misalnya rumah-rumah ibadah, balai desa, arisan, panggung kesenian dan pesta rakyat.

Penerima adalah pihak yang menjadi sasaran pesan yang dikirim sebagai sumber. Penerima bisa terdiri dari satu orang atau lebih, bisa dalam bentuk kelompok partai atau Negara. Penerima biasa juga disebut dengan berbagai macam istilah seperti khalayak, sasaran, komunikan, audience dan receiver. Dalam proses komunikasi telah dipahami bahwa keberadaan penerima adalah akibat karena adanya sumber. Tidak ada penerima jika tidak ada sumber.

Penerima adalah elemen penting dalam proses komunikasi, karena dialah yang menjadi sasaran komunikasi. Jika suatu pesan tidak diterima oleh penerima, akan menimbulkan berbagai macam masalah yang seringkali menuntut perubahan apakah pada sumber, pesan atau saluran. Kenallah khalayakmu adalah prinsip dasar komunikasi karena mengetahui dan memahami karakteristik penerima (khalayak ) berarti suatu peluang untuk mencapai keberhasilan komunikasi.

Pengaruh atau efek adalah perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan dan dilakukan oleh penerima sebelum dan sesudah menerima pesan. Pengaruh ini bisa terjadi pada pengetahuan, sikap dan tingkah laku seseorang. Oleh karena itu pengaruh bisa juga diartikan perubahan atau penguatan keyakinan pada pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang sebagai akibat penerima pesan.

Ada yang beranggapan bahwa umpan balik sebenarnya adalah salah satu bentuk daripada pengaruh yang berasal dari penerima, akan tetapi sebenarnya umpan balik bisa juga berasal dari unsur lain seperti pesan, media, meski pesan belum sampai kepada penerima. Misalnya sebuah konsep surat yang memerlukan perubahan sebelum dikirim, atau alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan itu mengalami gangguan sebelum sampai kepada tujuan. Hal-hal seperti ini menjadi tanggapan balik yang diterima oleh sumber.

Lingkungan atau situasi adalah faktor-faktor tertentu yang dapat mempengaruhi jalannya komunikasi. Faktor ini dapat digolongkan atas empat macam, yakni lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya, lingkungan psikologis, dan dimensi waktu.

Lingkungan fisik menunjukkan bahwa suatu proses komunikasi hanya bisa terjadi kalau tidak terdapat rintangan fisik, misalnya geografis. Komunikasi seringkali sulit dilakukan karena faktor jarak yang begitu jauh, dimana tidak tersedia fasilitas komunikasi seperti telepon, kantor pos dan jalanraya.

Lingkungan sosial menunjukkan faktor sosial budaya, ekonomi dan politik yang menjadi kendala terjadinya komunikasi, misalnya kesamaan bahasa, kepercayaan, adat istiadat, dan status sosial.

#### **D. Tingkat Komunikasi**

Jane dalam Ria Utami (1998) mengemukakan komunikasi terbagi menjadi tiga tahap, yaitu komunikasi intrapersonal, komunikasi

interpersonal, dan komunikasi publik. Sedang Cangara (2006) menguraikan bahwa terdapat empat jenis komunikasi yaitu komunikasi dengan diri sendiri, komunikasi antar pribadi, komunikasi publik dan komunikasi massa.

Komunikasi intrapersonal atau komunikasi dengan diri sendiri merupakan komunikasi yang terjadi dengan diri sendiri. Contoh : saat perawat bekerja di ruang rawat ia melihat seorang klien dan berpikir, "Dia kelihatan sangat tidak nyaman. Saya akan memberikan posisi yang nyaman untuknya". Komunikasi terjadi secara konstan dengan kesadaran. Dengan dialog internal, kita dapat lebih baik mengekspresikan diri kita kepada orang lain.

Komunikasi antar pribadi (interpersonal) adalah komunikasi yang terjadi di antara dua orang atau dalam kelompok kecil. Komunikasi ini sering digunakan dalam kegiatan sehari-hari. Cangara (2006) menguraikan bahwa menurut sifatnya komunikasi antarpribadi dibedakan atas komunikasi diadik dan komunikasi kelompok kecil.

Komunikasi diadik (*Dyadic Communication*) adalah proses komunikasi yang berlangsung antara dua orang dalam situasi tatap muka. Menurut Pace dapat dilakukan dalam bentuk percakapan, dialog, wawancara. Komunikasi kelompok kecil (*Small Group Communication*) adalah proses komunikasi yang berlangsung antara tiga orang atau lebih secara tatap muka dimana anggota-anggotanya saling berinteraksi satu sama lainnya.

Komunikasi publik adalah proses komunikasi dimana pesan-pesan disampaikan oleh pembicara dalam situasi tatap muka didepan khalayak yang lebih besar. Komunikasi publik memiliki ciri komunikasi interpersonal karena berlangsung secara tatap muka, tetapi terdapat beberapa perbedaan yang cukup mendasar sehingga memiliki ciri masing-masing.

Dalam komunikasi publik penyampaian pesan berlangsung secara kontinyu, interaksi antar sumber dan penerima sangat terbatas sehingga tanggapan balik juga terbatas. Hal ini disebabkan karena waktu yang digunakan sangat terbatas dan jumlahnya khalayak relatif besar. Contoh komunikasi publik yaitu kuliah umum, khotbah, ceramah, dan semacamnya. Bila dilihat dari segi tempat dan situasi maka komunikasi publik bisa juga disebut komunikasi kelompok (Cangara, 2006)

Komunikasi massa (*Mass Communication*) dapat didefinisikan sebagai proses komunikasi yang berlangsung dimana pesannya dikirim dari sumber yang melembaga kepada khalayak yang sifatnya massal melalui alat-alat yang bersifat mekanis seperti radio, televisi, surat kabar dan film. Sifat penyebaran pesan melalui media massa berlangsung begitu cepat, serentak dan luas. Mampu mengatasi jarak, waktu dan tahan lama bila didokumentasikan. (Cangara, 2006).

#### **E. Komponen Proses Komunikasi**

Kariyoso (1994) menguraikan bahwa komunikasi dapat berbentuk verbal dan dapat pula berbentuk non verbal. Komunikasi verbal menggunakan kata-kata, mencakup komunikasi bahasa lisan. Bahasa

terbanyak dan terpenting digunakan dalam berkomunikasi. Hal ini disebabkan karena “bahasa” selain dapat mewakili kenyataan kongkrit dalam dunia sekeliling, juga dapat mewakili hal-hal yang abstrak. Sebagai contoh pengertian seseorang tentang “kursi” disatu pihak akan mengatakan sebagai tempat duduk. Mungkin di pihak lain akan mengatakan sebagai “kedudukan” atau “jabatan”.

Karakteristik komunikasi verbal yang efektif :

1. Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek, dan langsung. Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulangi bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerima pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa, dan dimana. Ringkas, dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana. Penggunaan kalimat “Katakan pada saya di mana rasa nyeri anda” lebih baik daripada “saya ingin anda menguraikan kepada saya bagian mana yang anda rasakan tidak enak”.

2. Perbendaharaan kata

Komunikasi tidak berhasil jika penerima pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan pengirim pesan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran. Jika istilah teknis ini digunakan oleh perawat, klien menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan

pesan dengan istilah yang dimengerti oleh klien. Lebih baik jika perawat mengatakan, “Duduklah, sementara saya mendengarkan paru-paru anda”, daripada mengatakan “Duduklah, sementara saya mengauskultasi paru-paru anda”.

### 3. Arti denotatif dan konotatif

Suatu kata mengandung beberapa arti. Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan, atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Penggunaan kata serius untuk menggambarkan kondisi klien ditafsirkan oleh keluarga klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan klien dan keluarga klien, perawat harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalahtafsirkan.

### 4. Intonasi

Bunyi suara pembicaraan dapat mempengaruhi arti pesan. Kalimat sederhana, seperti : “Apa Kabar?” dapat diekspresikan dengan penuh perhatian, gembira, susah, dan lain-lain. Emosi seseorang secara langsung mempengaruhi intonasi suaranya. Perawat harus menyadari emosinya ketika berinteraksi dengan klien.

### 5. Kecepatan berbicara

Keberhasilan komunikasi verbal dipengaruhi oleh kecepatan berbicara. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata

jelas. Perawat perlu menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu cepat atau terlalu lama.

## 6. Humor

Dugan (1989 dalam Ria Utami 1998) menyatakan bahwa tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stress, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Namun perawat perlu berhati-hati jangan menggunakan humor untuk menutupi ketidakmampuannya dalam berkomunikasi dengan klien.

Komunikasi non verbal disebut juga bahasa tubuh, meliputi isyarat, pergerakan tubuh, dan penampilan fisik. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non verbal yang disampaikan klien mulai dari saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat non verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang menpersepsikan pesan non verbal akan lebih mampu memahami klien, mendeksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan.

Komunikasi non verbal teramati pada :

### 1. Penampilan fisik

Penampilan seorang meliputi karakteristik fisik dan cara berpakaian. Pakaian dan perhiasan/dandanan merupakan sumber informasi tentang seseorang. Pakaian menggambarkan status sosial, budaya, agama, konsep diri dan lain-lain. Perawat yang memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri dan profesional yang

positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi klien terhadap pelayanan/asuhan keperawatn yang diterima, karena tiap klien mempunyai citra bagaimana seharusnya penampilan seorang perawat.

## 2. Sikap tubuh dan cara berjalan

Sikap tubuh dan cara berjalan menggambarkan konsep diri, mood, dan kesehatan. Perawat dapat mengumpulkan informasi yang bermanfaat dengan mengamati sikap tubuh dan cara berjalan klien. Sikap tubuh yang tegang dan melangkah cepat menandakan seseorang sedang cemas atau marah. Cara berjalan dapat dipengaruhi oleh faktor fisik seperti rasa sakit, obat atau fraktur.

## 3. Ekspresi wajah

Wajah merupakan bagian tubuh yang paling ekspresif. Perasaan marah, sedih, terkejut, santai bahagia, jijik, bosan digambarkan melalui ekspresi wajah. Klien dapat mengenali ekspresi wajah perawat. Oleh karena itu perawat harus belajar mengontrol perasaan, seperti : marah, situasi yang menjemukan, dan lain-lain. Kontak mata adalah elemen penting dalam komunikasi verbal. Orang yang mempertahankan kontak mata selama pembicaraan dipersepsikan sebagai orang yang dapat dipercaya.

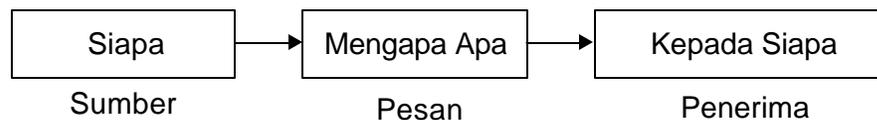
## 4. Sentuhan

Kasih sayang, dukungan emosional, dan perhatian disampaikan melalui sentuhan. Sentuhan merupakan bagian yang penting dalam

hubungan perawat – klien, namun harus memperhatikan norma sosial dan perlu diperhatikan apakah pengguna sentuhan dapat dimengerti dan diterima oleh klien. Ketika memberikan asuhan keperawatan, perawat menyentuh klien, seperti ketika memandikan, melakukan pemeriksaan fisik, atau membantu memakaikan pakaian.

Model komunikasi dibuat untuk membantu dalam memberi pengertian tentang komunikasi. Cangara (2006) menguraikan tiga model komunikasi yaitu : 1. Model analisis dasar komunikasi, 2) Model Proses Komunikasi, dan 3) Model Komunikasi Partisipasi.

Model analisis dasar komunikasi merupakan model klasik atau model pemula komunikasi yang dikembangkan sejak Aristoteles, kemudian Lasswell hingga Shannon dan Weaver. Aristoteles membuat model komunikasi yang terdiri atas tiga unsur, yakni :



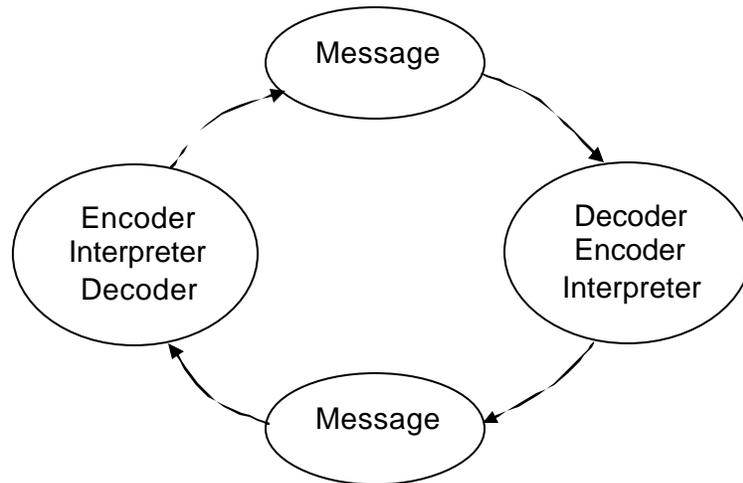
Gambar 1. Model Analisis Dasar Komunikasi (Aristoteles)

Model komunikasi yang dibuat Aristoteles belum menempatkan unsur media dalam proses komunikasi. Model dasar komunikasi yang dibuat Aristoteles telah mempengaruhi Harold D. Lasswell yang kemudian membuat model komunikasi sebagaimana gambar berikut :



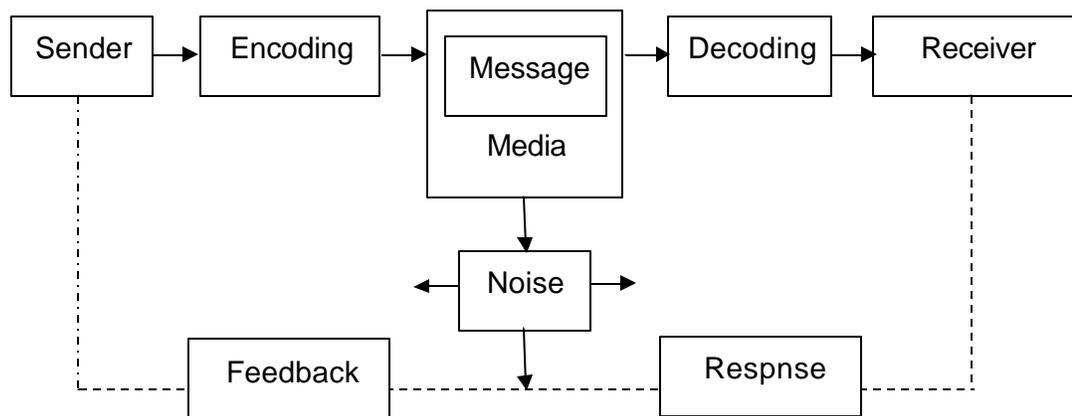
Gambar 2. Model Analisis Dasar Komunikasi (Formula Lasswell, 1948)

Model Proses komunikasi merupakan salah satu model yang banyak digunakan untuk menggambarkan proses komunikasi adalah model sirkulasi yang dibuat oleh Osgood bersama Schram (1954)



Gambar 3. Model Proses Komunikasi (Osgood & Schram, 1954)

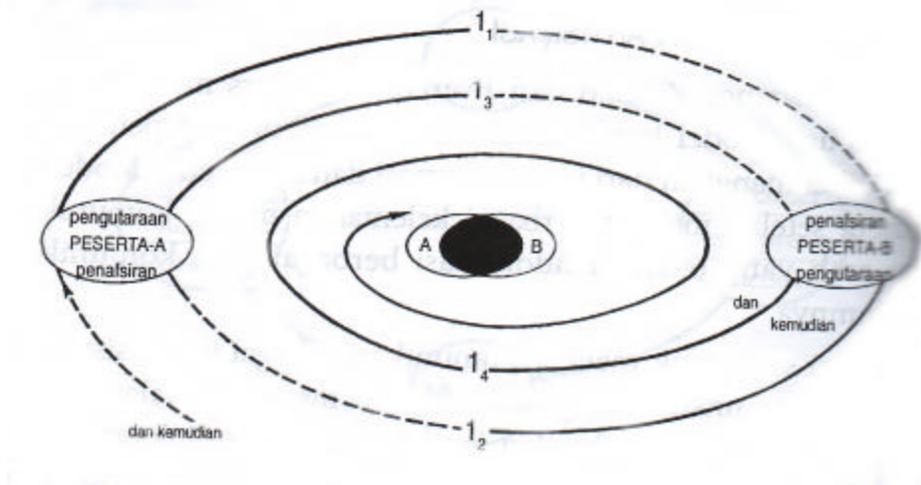
Model lain adalah seperti yang tampak pada gambar berikut :



Gambar 4. Model Proses Komunikasi (Philip Kotler)

Model Komunikasi partisipasi adalah model yang menggambarkan bahwa komunikasi adalah suatu proses dimana dua orang atau lebih

saling menukar informasi untuk mencapai kebersamaan pengertian satu sama lainnya dalam situasi dimana mereka berkomunikasi.



Gambar 5. Model Komunikasi Partisipasi

Model komunikasi yang terlihat pada gambar 5 mencerminkan sifat memusat yang terjadi dari pertukaran informasi yang melingkar (cyclical). Pelaku A mungkin saja mempertimbangkan kejadian ini atau sebaliknya sebelum ia melakukan komunikasi dengan B. Informasi yang diciptakan dan dikirim oleh A tadi, kemungkinan dipersepsi oleh B. Reaksi B terhadap informasi itu dilanjutkan sebagai informasi baru kepada A, lalu dikirim lagi kepada B dengan topik yang sama. B yang menerima informasi ini kemudian melanjutkan sampai keduanya mencapai kesamaan pengertian terhadap objek yang dibicarakan itu.

Dalam model ini tidak ditemukan arah panah yang menunjukkan unit informasi yang berdiri sendiri dari mana dan ke arah mana, melainkan informasi itu dibagi oleh para pelaku komunikasi sampai diperoleh kepuasan atas pengertian bersama terhadap sesuatu persoalan.

Sekarang komunikasi tidak lagi dipandang aliran informasi searah, melainkan suatu proses yang interaktif, menyatu dan partisipatif (Hernando Gonzales, 1985 dalam Cangara 2006).

## **F. Tinjauan Umum Tuberkulosis (Tb)**

### **1. Pengertian**

Pentakit Tuberculosis (Tb) merupakan infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* yang ciri khasnya membentuk granuloma pada jaringannya yang terinfeksi. Kuman Tb berbentuk batang aerobik, ramping lurus dengan ukuran panjang 0,4 X 3 mm. Kuman Tb ini ditandai dengan sifat tahan asam yang sangat tergantung pada integritas selubung berlilin, oleh karena itu disebut Studi sebagai basil tahan asam. Gejala umum Tuberculosis pada orang dewasa adalah batuk yang terus-menerus dan berdahak, selama tiga minggu atau lebih. Bila tidak diobati maka setelah lima tahun sebagian besar (50%) penderita akan meninggal.

Gejala-gejala paling utama pada penderita Tuberculosis paru adalah :

- a. Batuk yang terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih.

Setiap orang yang datang ke unit pelayanan kesehatan dengan gejala utama ini harus dianggap sebagai seorang "suspek Tuberculosis" atau penderita tersangka Tb dan segera diperiksa dahaknya di laboratorium.

- b. Mengeluarkan dahak bercampur darah (*haemoptysis*), sesak nafas dan rasa nyeri pada dada.
- c. Lemah badan, kehilangan nafsu makan dan berat badan turun, sesak nafas dan rasa nyeri pada dada.

Bila gejala-gejala tersebut diperkuat dengan riwayat kontak dengan seorang penderita Tuberculosis maka kemungkinan besar dia juga menderita Tuberculosis. Gejala-gejala dari Tuberculosis ekstra paru tergantung dari organ yang terkena. Nyeri dada pada Tuberculosis pleura (*Pleurilis*), pembesaran kelenjar limfe (*Lymphadenitis Tb*) dan pembengkakan dari tulang belakang (*Spondylitis Tb*) merupakan tanda-tanda yang sering dijumpai dari Tuberculosis ekstra paru.

Klasifikasi penyakit Tb menurut manifestasi klinisnya terdiri dari kelainan pada paru dan kelainan di luar paru. Tb paru biasanya ditemukan pada daerah puncak posterior dari bagian lobus atas paru dan bagian atas dari lobus bawah paru. Berdasarkan hasil pemeriksaan sputum, Tb paru dibagi dalam Tb paru BTA positif dan Tb paru BTA negatif (Depkes RI, 2002).

Tb paru dengan BTA positif adalah Tb paru yang pada pemeriksaan sputumnya didapatkan BTA pada sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen sputum SPS (sewaktu, pagi, sewaktu) yang diperiksa atau satu spesimen sputum SPS hasilnya BTA positif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran Tb paru aktif. Sedangkan Tb paru dengan BTA negatif adalah Tb paru yang pada pemeriksaan sputumnya tidak

didapatkan BTA negatif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran Tb paru aktif. Tb paru BTA negatif rontgen positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu berat dan ringan. Penyakit disebut berat bila gambaran foto rontgen dada memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas dan atau keadaan umum penderita buruk (Idris, 2004).

Kelainan Tb diluar paru (ekstra paru) biasanya terletak pada organ kelenjar limfe, pleura, saluran kemih, tulang dan persendian, selaput otak, peritoneum, pericardium dan darah. Tb ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkatan keparahan penyakitnya, yaitu Tb ekstra paru ringan Tb ekstra paru berat.(Depkes RI, 2002).

## **2. Epidemiologi**

Di seluruh dunia, diperkirakan lebih dari 7 juta jiwa yang menderita penyakit Tb dan sekitar 2 – 3 juta jiwa yang mengalami kematian (WHO, 1998). Di Indonesia, diperkirakan setiap empat menit satu orang meninggal dunia karena menderita penyakit Tb.

Hasil survey yang diadakan tahun 1979 – 1982 mendapatkan prevalensi penderita Tb dengan BTA positif adalah sebesar 0,29% sedangkan dari penelitian di 6 propinsi yang dilakukan antara tahun 1983 – 1993 diperoleh rentang nilai antara 0,21 % di Yogyakarta, dan sampai 0,65% di Nusa Tenggara Barat dan Daerah Istimewah Aceh (Depkes RI, 1999).

Penularan Tuberculosis akan lebih mudah terjadi antara lain :

- 1) Hunian padat (*Overcrowding*), misalnya di penjara, rumah sakit, dan ditempat-tempat pengungsian
- 2) Situasi sosial ekonomi yang tidak menguntungkan (*Social deprivation*), misalnya keadaan malnutrisi, pelayanan kesehatan yang buruk, tuna wisma.
- 3) Pekerjaan, misalnya pertambangan, petugas laboratorium

### **3. Diagnosis**

Sebagian besar dokter menganggap bahwa rontgen adalah sarana diagnosis yang utama, dan sebaliknya sputum hanyalah pelengkap (Idris, 2004). Kenyataan secara etiologis, diagnosis Tb dengan sputum memiliki kesahihan dan tingkat kepercayaan yang jauh lebih tinggi (Lonnorth, 2000). Terdapat bukti bahwa 5% penderita dengan pemeriksaan sputum positif memiliki gambaran rontgen yang normal, 17% penderita dengan pemeriksaan sputum positif memiliki gambaran rontgen yang bukan gambaran Tb, 24% tidak mengindikasikan sebagai gambar lesi Tb yang membutuhkan pengobatan.

Program nasional penanggulangan Tb pemeriksaan diagnosis dengan sputum untuk penemuan tersangka penderita Tb dilakukan secara pasif (*passive case finding*), yaitu penjaringan tersangka penderita dilaksanakan pada penderita yang berobat ke unit pelayanan kesehatan dengan penyuluhan secara aktif oleh petugas kesehatan dan masyarakat. Semua yang kontak dengan penderita Tb paru BTA + (positif)

dan memiliki gejala yang sama, harus segera diperiksa sputumnya (Depkes RI, 2002).

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan metode pewarnaan Ziehl Neelsen (Harries atau al., 1997) tentunya penderita yang dicurigai Tb paru harus melakukan pemeriksaan sputum S (sewaktu), P (pagi), S (sewaktu) (Harries atau al, 1997).

Dalam rangka memudahkan kecurigaan pada penderita perlu merujuk pada pedoman penanggulangan Tuberculosis (Depkes RI, 2002) tentang hal-hal yang mencurigakan Tb yaitu mempunyai sejarah kontak erat dengan penderita Tb yang BTA positif, uji Tuberkulin yang positif (>10 mm), gambaran foto rontgen mendukung Tb, terdapat reaksi kemerahan yang cepat (dalam 3 – 7 hari) setelah immunisasi BCG, batuk lebih dari 3 minggu, sakit dan demam lama atau berulang tanpa sebab yang jelas, berat badan menurun tanpa sebab yang jelas atau tidak naik dalam satu bulan meskipun sudah dengan penanganan gizi yang baik (*failure to thrive*) serta gejala-gejala klinis spesifik (pada kelenjar limfe, otak, tulang dan lain-lain).

Penemuan basil tahan asam (BTA) dengan pemeriksaan sputum merupakan alat penentu yang sangat penting dalam diagnosis Tb paru (Aditama, 1999).

#### **4. Pengobatan**

Pengobatan Tb paru ditujukan untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menurunkan resiko

penularan, dan mencegah penyebaran kekebalan terhadap obat (WHO, 1998). Dalam pengobatan perlu dipahami obat anti Tb, prinsip pengobatan, panduan obat yang digunakan, pemantauan kemajuan hasil pengobatan, hasil pengobatan dan tidak lanjut, serta tatalaksana pengobatan pada penderita yang berobat tidak teratur (Depkes RI, 2002).

Klasifikasi penyakit Tb paru menurut riwayat pengobatan ditentukan berdasarkan riwayat minimum obat anti Tuberculosis (OAT) sebelumnya. Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, didapatkan beberapa tipe penderita yaitu : kasus baru, kasus kambuh, kasus pindahan, kasus berobat setelah lalai, kasus gagal dan kasus yang masuk dalam kategori lain-lain (Depkes RI, 2002).

Kasus baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OT kurang dari satu bulan. Kasus kambuh adalah penderita Tb yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan Tb dan telah dinyatakan sembuh kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan sputum BTA positif. Kasus pindahan adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu tempat (misalnya di kabupaten A), kemudian pindah berobat ke tempat lain (kabupaten B)

Kasus berobat setelah lalai terjadi apabila penderita yang kembali berobat dengan hasil pemeriksaan sputum BTA positif setelah putus obat (dropout) 2 bulan atau lebih. Kasus gagal terjadi apabila kasus penderita BTA positif masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir

bulan kelima atau lebih serta kasus yang terjadi apabila penderita BTA positif pada akhir bulan kedua pengobatan. Kasus yang digolongkan dalam kategori kasus lain-lain terjadi apabila semua penderita lain tidak memenuhi persyaratan menurut pengelompokan sebelumnya, termasuk kasus kronis yang terjadi apabila penderita masih BTA positif setelah menyelesaikan pengobatan ulang dengan kategori 2 (Idris, 2004).

Obat anti Tb yang dipakai dalam program penanggulangan Tb nasional (P2Tb Nasional) adalah isoniazid, rifampisin, pirazinamid, ethambutol, dan steptomisin (Dekes RI, 2002a). Sementara WHO sendiri memberikan pilihan OAT esensial yang dapat dipergunakan untuk P2Tb Nasional, isoniazid, rifampisin, pirazinamid, ethambutol, steptomisin dan thiacetazone.

Obat Tb harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis serta dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6 – 8 bulan supaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh (Depkes RI, 2002a). Dan pengobatan Tb diberikan dalam dua tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan (Harris et al., 1997).

Tahap intensif adalah fase eliminasi secara cepat kuman Tb. Pasien yang infeksius akan menjadi non infeksius dalam kurun waktu dua minggu. Gejala klinis secara bermakna akan menunjukkan perbaikan. Umumnya pasien dengan BTA positif akan menjadi BTA negatif dalam waktu dua bulan. Pada fase ini penting sekali tugas pengawas menelan obat untuk menjamin pasien minum obat sesuai dengan dosis. Hal ini

penting sekali untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Pada tahap ini, jumlah obat yang dibutuhkan lebih sedikit namun membutuhkan waktu yang lebih panjang (Idris, 2004).

Program nasional penanggulangan Tb di Indonesia menggunakan paduan OAT, yaitu kategori 1 (2HRZE/4H3R3); kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3); kategori 3 (2HRZ/4H3R3); dan paduan obat sisipan (HRZE) (Depkes RI, 2002).

Paduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket kombipak, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu penderita dalam satu masa pengobatan. Berikut kategorisasi OAT menurut program nasional penanggulangan Tb di Indonesia (Depkes RI, 2002), obat kategori 1 berarti bahwa tahap intensif terdiri dari isoniazid (H), rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan ethambutol (E) dan diberikan setiap hari selama dua bulan (2HRZE) selanjutnya diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari isoniazid (H) dan rifampisin (R), yang diberikan tiga kali dalam seminggu selama empat bulan (4H3R3).

Obat kategori 2 berarti bahwa tahap intensif diberikan selama tiga bulan yang terdiri dari dua bulan dengan isoniazid (H), rifampisin (R), Pirazinamid (Z), ethambutol (E) dan suntikkan streptomisin setiap hari di unit pelayanan kesehatan (UPK) dan dilanjutkan dengan isoniazid (Z), rifampisin (R), Pirazinamid (Z), ethambutol (E) setiap hari selama satu

bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu, dan suntikan streptomisin hanya diberikan setelah penderita selesai menelan obat.

Bat kategori 3 berarti bahwa tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama dua bulan (2HRZ), dan diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama empat bulan diberikan tiga kali seminggu (4H3R3), dan kategori ini diberikan pada penderita batu BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan serta penderita ekstra paru. Obat sisipan berarti bahwa obat yang diberikan apabila pada akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori 1 atau kategori 2, hasil pemeriksaan sputum masih BTA positif, sehingga obat sisipan (HRZE) diberikan setiap hari selama satu bulan.

Untuk keperluan pengobatan dan evaluasi, dalam penanggulangan Tb dikenal 5 tipe penderita yaitu :

1) Kasus Baru

Adalah penderita baru BTA positif yang belum pernah menelan OAT atau pernah menelan OAT kurang dari satu bulan.

2) Kambuh (*Relapse*)

Adalah penderita BTA positif yang sudah dinyatakan sembuh, tetapi kini datang lagi dan pada pemeriksaan dahak memberikan hasil BTA positif.

3) Pindahan (*Transfer In*)

Adalah penderita Tb paru yang pindah tempat tinggal, ke kabupaten ini datang dari kabupaten atau kotamadya lain.

#### 4) Kasus Berobat Setelah Lalai (*Treatment after defaulted*)

Adalah penderita BTA positif yang telah menjadi BTA negatif, dan tidak menelan OAT selama sedikitnya 2 bulan antara k-2 dan ke-5 pengobatan dan kini datang lagi untuk berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA negatif.

#### 5) Lain-Lain (*Others*)

Selain dari yang tersebut diatas disebut "lain-lain" dan tipe penderita ini harus ditulis. Termasuk diantara "lain-lain" ialah gagal, berobat tidak teratur, DO dan sebagainya.

Penderita dinyatakan gagal berobat bila penderita BTA (+) yang hasil pemeriksaan dahak tetap positif pada akhir fase intensif setelah mendapat sisipan, pada 1 bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan.

### **G. Penyuluhan Tb**

Penyuluhan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan penanggulangan tuberculosis. Semua petugas kesehatan, khususnya yang terkait dengan kegiatan penanggulangan tuberculosis harus memiliki kemampuan komunikasi agar dapat melakukan penyuluhan dengan baik.

Pendekatan utama dalam strategi melaksanakan penyuluhan kesehatan diawali dengan advokasi, dilanjutkan dengan bina suasana atau dukungan sosial (social support) dan pemberdayaan masyarakat sasaran (empowerment).

- a. Advokasi, adalah suatu upaya pendekatan dalam (loby) untuk mempengaruhi para pimpinan atau pengambil keputusan, organisasi masyarakat/swasta, pimpinan media massa yang memiliki kebijakan dan berpengaruh pada kesehatan masyarakat.
- b. Bina suasana dalam rangka program penanggulangan tuberculosis. Upaya ini dilakukan untuk mewujudkan lingkungan yang mendukung masyarakat dalam menanggulangi tuberculosis. Baik dalam bentuk kesepakatan atau kerjasama lintas sektor, termasuk organisasi kemasyarakatan, keagamaan, pemuda, wanita dan kelompok media massa guna mencapai tujuan program penanggulangan tuberculosis.
- c. Pemberdayaan masyarakat sasaran, adalah usaha untuk mengembangkan peran serta masyarakat sesuai yang diinginkan. Pemberdayaan ini sangat penting untuk mendapatkan keterampilan, dengan tujuan untuk menemukan kiat dan ketepatan bertindak dalam rangka mengembangkan peran serta masyarakat yang diharapkan tumbuh optimal dan terarah.

Pelaksana penyuluhan adalah semua petugas di UPK baik pemerintah maupun swasta yang mau berperan serta, atau petugas dari LSM atau organisasi kemasyarakatan yang berminat. Dalam pelaksanaannya, penyuluhan tuberculosis dapat melakukan berbagai pendekatan yang diarahkan pada perorangan, kelompok dan massa. Semuanya disesuaikan dengan tujuan perilaku yang diinginkan/ditentukan sebelumnya.

a. Pelaksanaan penyuluhan tuberculosis bisa dilaksanakan didalam gedung UPK dengan berbagai cara misalnya :

1. Penyuluhan perorangan : penderita tuberculosis, keluarga, PMO, dan lain-lain.
2. Penyuluhan kelompok (kelompok penderita atau bersama keluarga penderita/MPO)
3. Menempelkan poster atau memberikan media cetak lainnya.
4. Mendengarkan pesan-pesan singkat tentang tuberculosis melalui tape recorder atau kaset.
5. Pemutaran film video
6. Membuat koran dinding
7. Dan sebagainya

b. Penyuluhan tuberculosis di luar gedung UPK. saat ini belum dianjurkan secara intensif karena dikhawatirkan petugas kewalahan melayani kedatangan penderita karena sarana belum siap (counter productive). Namun pada keadaan tertentu, penyuluhan di luar gedung perlu dilaksanakan. Misalnya :

1. Penyuluhan perorangan (misalnya penderita dirumahnya)
2. Penyuluhan kelompok misalnya diposyandu

Beberapa contoh isi pesan penyuluhan TBC di UPK antara lain sebagai berikut :

1. Di BP/Poliklinik Umum
  - Meludah pada tempatnya

- Bila batuk, mulut ditutup dengan saputangan.
  - Periksa bila ada keluarga atau tetangga batuk > tiga minggu
2. Di laboratorium
- Pentingnya pemeriksaan dahak untuk diagnosis TBC
  - Jelaskan cara batuk yang benar untuk mengeluarkan dahak
  - Ingatkan pada penderita supaya tidak lupa menyerahkan dahak pagi besok harinya.
  - Beritahukan jadwal pemeriksaan dahak untuk follow-up pengobatan.
3. Di tempat pengobatan TBC
- Minum obat secara teratur sampai dinyatakan sembuh
  - Jelaskan kemungkinan terjadinya efek samping obat
  - Segera lapor kepada petugas kalau ada keluhan termasuk efek samping.
  - Jadwal pemeriksaan ulang dahak
  - Pentingnya menunjuk seorang PMO untuk membantu mengingatkan penderita menelan obat.
  - Periksakan anggota keluarga yang mempunyai gejala TBC (khususnya anak balita)

Adapun pesan-pesan tuberculosis antara lain sebagai berikut :

- Apa itu TBC dan bagaimana penyakit ini menular
- Gejala-gejala atau tanda-tanda tuberculosis :

Batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih, dahak campur darah, sesak napas, nyeri di dada. Gejala lain berupa : nafsu makan dan berat badan turun, demam dan berkeringat di malam hari.

- Pentingnya diagnosis sedini mungkin.
- UPK mana yang memberi pelayanan TBC
- Cara pengobatan dan lamanya pengobatan TBC
- Pentingnya berobat teratur dan menyelesaikan seluruh paket pengobatan dan bahayanya bila berobat tidak teratur atau berobat tidak lengkap.
- Cara pencegahan TBC

Beberapa hal yang perlu mendapat perhatian dalam penyuluhan kepada penderita, keluarga dan PMO khususnya pada saat kunjungan di UPK yaitu :

1. Jumlah obat, frekuensi menelan obat, lama pengobatan dan efek samping.
2. Pentingnya pemeriksaan ulang dahak, frekuensi, serta arti hasil pemeriksaannya:
  - a. Jelaskan kepada penderita bahwa dia akan diminta untuk melaksanakan beberapa kali pemeriksaan ulang dahak selama masa pengobatannya.
  - b. Jelaskan bahwa dahak yang dikeluarkan itu berasal dari paru dan akan diperiksa di laboratorium, untuk mengetahui apakah masih

ada kuman di dalam tubuhnya atau tidak. Jelaskan, bila perlu diperagakan cara batuk yang produktif sehingga dahak dapat keluar.

- c. Jelaskan bahwa kuman tidak dapat dilihat dengan mata telanjang karena sangat kecil, baru bisa dilihat dengan bantuan alat yang disebut mikroskop. Bila kuman masih dapat dilihat melalui mikroskop artinya dia masih sakit. Bila sudah tidak terlihat lagi, dia mulai sembuh, tetapi tetap harus melanjutkan pengobatannya sampai dengan selesai. Dan bila pada akhir pengobatan sudah tidak terlihat kuman lagi artinya dia sudah sembuh.
  - d. Jelaskan pentingnya pemeriksaan dahak serta hasil yang ditemukan. Pentingnya perubahan dahak BTA positif menjadi BTA negatif dalam waktu sesingkat-singkatnya. Bila tahap intensif bisa dilalui dengan baik, BTA positif menjadi BTA negatif, kemungkinan penderita sembuh sangat besar.
3. Apa yang terjadi bila penderita tidak menelan seluruh obatnya.
- a. Jelaskan bahwa untuk dapat sembuh, penderita harus menelan seluruh obatnya dalam jangka waktu tertentu.
  - b. Jelaskan bila obat tidak ditelan semuanya, misalnya sebagian obatnya dibuang atau dijual atau diberikan kepada orang lain yang mempunyai gejala serupa, kuman akan tetap hidup dan bahkan bertambah atau malahan menjadi tidak bisa lagi dibunuh dengan obatnya. Artinya penderita tidak akan sembuh, bahkan akan

memerlukan obat yang lebih kuat dan mahal untuk bisa sembuh. Oleh karena itu penderita harus menelan semua obatnya, meskipun sudah merasa enak atau sembuh sebelum obat habis dan dinyatakan sembuh.

4. Apa yang akan terjadi bila sebagian obatnya dijual.

Jelaskan bahwa kesehatan lebih berharga, tanpa obat yang cukup, dia tidak akan bisa sembuh, tidak bisa mengerjakan tugas sehari-hari, tidak bisa mencari nafkah, tidak bisa mengurus keluarga, dijauhi teman dan keluarga dan lain-lain.

#### **H. Kerangka Konsep**

Penyakit Tuberculosis merupakan suatu masalah nasional. Penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor dua setelah penyakit kardiovaskuler . Penyakit ini juga merupakan penyebab kematian nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Penanggulangan penyakit Tuberculosis di Indonesia telah dilaksanakan sejak zaman penjajahan Belanda namun hanya terbatas pada kelompok tertentu. Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaduratan global penyakit Tuberculosis karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit ini tidak dapat terkendali. Ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan terutama penderita menular (BTA positif).

Sejak tahun 1995, penanggulangan Tuberculosis di Indonesia dilaksanakan dengan strategi DOTS. Namun cakupan strategi ini masih sangat minim karena hanya mengandalkan puskesmas sebagai ujung

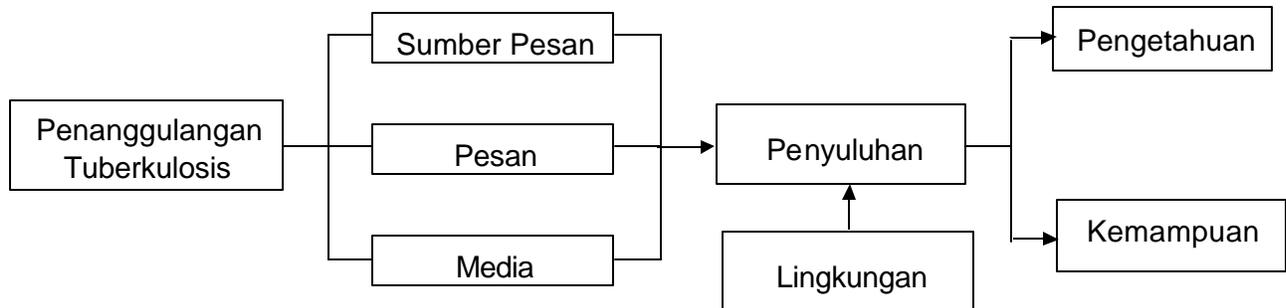
tombak. Selanjutnya sejak tahun 1999 pemerintah menggalang kemitraan melalui Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberculosis. Program ini melibatkan puskesmas, rumah sakit dan BP4 serta klinik dan dokter praktek swasta sebagai unsur penanggulangan.

Dalam upaya penanggulangan penyakit Tuberculosis, maka peran serta masyarakat perlu ditingkatkan. Hal ini dapat diperoleh dengan upaya penyuluhan penyakit Tb melalui komunikasi. Unsur-unsur dalam kegiatan komunikasi seperti sumber pesan, pesan, media, dan lingkungan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat akan cara penanggulangan penyakit Tuberculosis. Dengan demikian, maka masyarakat diharapkan mau dan terampil untuk terlibat dalam upaya pendidikan masyarakat.

Uraian tersebut di atas mengantar peneliti dalam menentukan variabel penelitian yaitu :

1. Sumber pesan
2. Pesan
3. Media
4. Lingkungan
5. Penyuluhan
6. Pengetahuan masyarakat akan penanggulangan penyakit Tuberculosis.
7. Kemampuan masyarakat untuk memkomunikasikan tentang penanggulangan penyakit Tuberculosis

Adapun skema kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 6. Kerangka Konsep

## I. Definisi Konsep

### a. Sumber Pesan

Sumber pesan adalah pemberi pesan dalam menyampaikan pesan tentang penyakit Tuberkulosis.

### b. Pesan

Isi pesan berupa pesan-pesan penyakit Tuberkulosis seperti gejala atau tanda-tanda, cara penularan dan pengobatan.

### c. Media

Alat yang digunakan oleh pemberi pesan untuk menyampaikan informasi tentang penanggulangan penyakit Tuberkulosis.

### d. Lingkungan

Adanya dukungan masyarakat atau lingkungan dalam upaya penanggulangan penyakit Tuberkulosis.

e. Penyuluhan

Kegiatan pemberian pengetahuan kepada masyarakat tentang penanggulangan penyakit Tuberkulosis .

f. Pengetahuan Masyarakat

Pemahaman masyarakat akan penyebab, gejala dan penanggulangan penyakit Tuberkulosis .

g. Kemampuan masyarakat

Tindakan yang diambil oleh masyarakat dalam mengkomunikasikan penanggulangan penyakit Tuberkulosis .